

卫生部  
社区卫生  
专业技术人员  
岗位培训规划教材

# 社区预防 医学

主 编 / 李 鲁 施 榕



人民卫生出版社  
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

卫生部社区卫生专业技术人员岗位培训规划教材

# 社区预防医学

主 编 李 鲁 施 榕

编 者 (按姓氏笔画排序)

毛辉青 (青海大学医学院)

付 云 (内蒙古科技大学包头医学院)

杜亚平 (浙江大学医学院)

李 鲁 (浙江大学医学院)

张东峰 (青岛大学医学院)

张爱珍 (浙江大学城市学院)

施 榕 (上海交通大学公共卫生学院)

韩亚利 (西安交通大学医学院)

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

社区预防医学/李鲁等主编. —北京:人民卫生出版社,  
2008.3

(卫生部社区卫生专业技术人员岗位培训规划教材)

ISBN 978-7-117-09767-3

I. 社… II. 李… III. 社区-预防医学-技术培训-教  
材 IV. R1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 000126 号

李 鲁 施 榕 主 编

本书本印次封底贴有防伪标。请注意识别。

李 鲁 施 榕 主 编

李 鲁 施 榕 主 编

李 鲁 施 榕 主 编

李 鲁 施 榕 主 编

李 鲁 施 榕 主 编

李 鲁 施 榕 主 编

李 鲁 施 榕 主 编

李 鲁 施 榕 主 编

李 鲁 施 榕 主 编

卫生部社区卫生专业技术人员岗位培训规划教材  
社区预防医学

主 编: 李 鲁 施 榕

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: [pmph@pmph.com](mailto:pmph@pmph.com)

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 13.25

字 数: 311 千字

版 次: 2008 年 3 月第 1 版 2008 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-09767-3/R·9768

定 价: 22.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)



林慈恩 陈静 李 敏 主

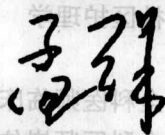
# 序

1986年全科/家庭医学作为新兴学科引进我国以来,得到了党中央、国务院的高度重视。1997年出台的《中共中央国务院关于卫生改革与发展的决定》中提出“加快发展全科医学,培养全科医师”的战略任务,1999年召开全国全科医学教育工作会议,进一步明确了全科医学发展目标、任务,为在全国开展全科医学教育培训指明了方向。2006年国务院召开全国城市社区卫生工作会议,下发了《国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见》,指出“大力发展社区卫生服务,对于坚持预防为主、防治结合的方针,优化城市卫生服务结构,方便群众就医,减轻费用负担,建立和谐医患关系,具有重要意义。”同时指出“卫生部门负责组织开展社区卫生服务从业人员岗位培训和继续教育”,“教育部门负责全科医学和社区护理学科教育,将社区卫生服务技能作为医学教育的重要内容”。为此人事部、卫生部、教育部、财政部和国家中医药管理局联合下发了“关于加强城市社区卫生人才队伍建设的指导意见”

为了贯彻执行国务院有关文件精神,构建社区卫生服务体系,培养高质量实用型人才,卫生部科技教育司于2007年制定了面向全国社区卫生人员5年培训规划,启动了中西部地区22个省的城市社区卫生人员培训项目。为了保证培训的质量,组织全国的专家制定了《全科医师骨干培训大纲》,修订了《全科医师岗位培训大纲》和《社区护士岗位培训大纲》,并且制定了教材编写规划。为保证教材质量,我们在全国遴选了本领域著名专家、教授作为教材的编者和主讲教师。该套教材一共8本,包括全科医师和社区护士培训的教材,紧紧围绕新教学大纲进行编写,强调教材的针对性和实用性,采取文字教材、视听教材和视频教材同时出版的方式,是一套实用性的立体教材。

这套教材是卫生部科教司向全国推广使用的全科医师和社区护士岗位培训指导教材,她将在全科医师和社区护士的培训工作中发挥重要作用。我衷心祝贺这套教材出版成功!感谢各位专家学者为全科医学教育事业所作的贡献。由于时间仓促,编写中会存在一定的问题,供大家参考。希望大家在使用过程中提出宝贵意见,使之更加完善,为进一步推进我国社区卫生人才培养工作发挥更大作用。

卫生部科技教育司



2008年2月

李 敏 主  
王 斌 主  
王 斌 主  
王 斌 主  
王 斌 主  
王 斌 主  
王 斌 主  
王 斌 主  
王 斌 主  
王 斌 主

# 卫生部社区卫生专业技术人员岗位培训规划教材

## 出版说明

卫生部社区卫生专业技术人员岗位培训规划教材是在卫生部科技教育司统一规划下,由卫生部全科医学培训中心组织全国著名专家编写而成。该套教材是紧紧围绕卫生部2007年新修订的全科医师岗位培训大纲和社区护士岗位培训大纲进行编写的,是一套针对性和实用性较强的全科医师和社区护士岗位培训教材。本套教材具有以下特点:

一、具有较高的权威性。全套教材的主编、编者均是全科医学和社区护理学领域的专家,经过严格的遴选产生,长期从事全科医学和社区护理工作,对社区卫生服务工作有深入的了解和研究,具有丰富的培训和教材编写经验,同时在全国具有较高的学术地位和知名度。

二、具有较强的针对性和实用性。该套教材紧紧围绕卫生部2007年新修订的全科医师和社区护士岗位培训大纲进行编写,在编写过程中不过分强调知识和内容的系统性,重点强调教材的针对性和实用性,力图使该套教材成为社区医生和护士学得懂、用得上的教材。

三、更加注重临床技能的培训,用较大篇幅介绍全科医疗和临床技能,目的在于切实提高全科医师和社区护士的临床诊疗水平,提高社区卫生服务的质量。

四、本套教材进行了新的尝试,将文字教材编写和视听教材录制同步进行,即在出版6本教材的同时配有同样6套视听教材,视听教材主讲教师即为教材编写的编者,也是习题集的出题专家,充分保证了全套教材的一致性。

五、该套教材为全国开展全科医师和社区护士岗位培训推荐使用教材,也可以做为全科医师、社区护士乃至社区其他卫生技术人员自学教材。

### 卫生部社区卫生专业技术人员岗位培训规划教材品种

- |                   |     |     |         |
|-------------------|-----|-----|---------|
| 1. 全科医学基础         | 主 编 | 梁万年 | 郭爱民     |
|                   | 副主编 | 路孝琴 | 崔树起     |
| 2. 全科医疗           | 主 编 | 杨秉辉 | 刘凤奎     |
| 3. 社区预防医学         | 主 编 | 李 鲁 | 施 榕     |
| 4. 社区保健与康复        | 主 编 | 王茂斌 | 王红静     |
| 5. 社区护理学          | 主 编 | 巩玉秀 | 郑修霞 姚 岚 |
|                   | 副主编 | 尚少梅 | 么 莉 黄金月 |
| 6. 全科医师临床技能视频配套教材 | 主 编 | 李兰娟 |         |
| 7. 全科医师岗位培训习题集    | 主 编 | 路孝琴 | 杜亚平     |
| 8. 社区护士岗位培训习题集    | 主 编 | 巩玉秀 | 郑修霞     |

# 前 言

建立覆盖全民、统筹城乡的公共卫生和基本医疗服务体系，基础在于建好基层卫生保健服务模式，全科医学与社区卫生服务就是这个基本模式的实现形式，是达到人人享有初级卫生保健目标的关键。为落实国家卫生发展战略，实现社区卫生服务的可持续健康发展，加快培养全科医师，不仅为基层社区医疗卫生事业提供合格的人力资源，而且为服务人民群众的医疗与保健提供质量保证。为了进一步规范和提高全科医师岗位教育，2007年4月卫生部全科医学培训中心在北京召开社区卫生人才培养教材主编会议，决定组织编写包括《社区预防医学》在内的新版全科医师岗位培训系列统编教材，并审议通过了教材的编写大纲。

本书坚持贯彻“三基”（基本理论，基本知识，基本技能）、“五性”（思想性，科学性，先进性，启发性，适用性）、“三特定”（特定目标，特定对象，特定限制）原则。按照卫生部新修订的《全科医师岗位培训大纲》的精神和要求，系统阐述全科医师在社区范围内开展预防工作所必需的基本理论和技能，并适当反映社区预防学科发展的前沿动态。本书分总论、各论两部分：第一部分为总论，阐述社区预防的基本内容、基本原则和三级策略，介绍社区常用卫生统计学与流行病学方法，以及社区诊断与社区干预研究；第二部分为各论，分别论述社区环境与健康、营养与食品安全、社区健康教育与健康促进，以及社区传染病、慢性病、伤害的预防。本书建议课程开设32学时，主要针对参加岗位培训的全科医师，也可作为医学院校本科生、疾病预防与控制机构专业人员以及各级各类社区卫生服务管理者和科研工作者的辅修教材和参考用书。

本书在编写过程中，得到卫生部科教司和卫生部全科医学培训中心领导的关心。各位编委专程聚会杭州，对本书大纲及定稿进行了审阅和讨论，并提出了许多修改建议。卫星卫生科技教育网录制了配套视听教材。本书秘书姜敏敏老师在联系编委、文字处理等方面做了大量细致的工作。谨此，对所有关心、支持和帮助本书编写的领导、同事们致以衷心的感谢。

社区预防医学还是一门年轻的学科，由于本人学识有限，难免存在不妥或错误之处，希望业内同仁和广大读者批评指正，供再版时进一步完善。

主 编

2007年7月于杭州





二、筛查试验 .....	38
三、疾病监测 .....	42
第七节 突发公共卫生事件的应急处理 .....	43
一、突发公共卫生事件的概念与分类 .....	43
二、突发公共卫生事件的调查 .....	45
三、突发公共卫生事件的应急反应和处理 .....	48
<b>第三章 社区诊断与社区干预研究</b> .....	52
第一节 社区诊断 .....	52
一、社区诊断的意义与工作程序 .....	52
二、社区诊断所需资料 .....	53
三、评价社区健康状态指标的要求 .....	54
四、社区诊断常用方法 .....	55
第二节 社区干预研究 .....	56
一、社区干预研究的概念 .....	56
二、社区干预研究的分类 .....	56
三、社区干预试验的设计与实施 .....	57
四、社区干预研究的适用范围 .....	61
五、社区干预试验案例 .....	61
<b>第四章 社区环境与健康</b> .....	62
第一节 环境与健康的概念 .....	62
一、环境的概述 .....	62
二、生态环境与生态平衡 .....	63
三、环境污染对健康的危害 .....	65
四、社会环境与心身疾病 .....	67
第二节 生活环境与健康 .....	69
一、空气的理化结构和空气污染的防护 .....	69
二、水和饮用水安全 .....	72
三、地质环境、土壤污染与疾病 .....	75
第三节 生产环境与健康 .....	77
一、职业性有害因素 .....	77
二、职业病 .....	77
第四节 社会环境与健康 .....	79
一、社会心理因素与健康 .....	79
二、行为生活方式与健康 .....	80
<b>第五章 营养与食品安全</b> .....	82
第一节 营养素与食物营养价值 .....	82



101	一、营养素	82
101	二、食物的营养价值	88
101	第二节 平衡膳食与合理营养	93
170	一、膳食的平衡与营养	93
170	二、营养调查与膳食指导	94
101	第三节 食品安全与预防食物中毒	101
171	一、食品安全	101
171	二、食源性疾病预防与食物中毒的预防	103
181		
	<b>第六章 社区健康教育与健康促进</b>	108
181	第一节 健康教育与健康促进的概念	108
181	一、健康教育	108
181	二、健康促进	109
181	三、健康教育与健康促进在社区预防中的作用	112
181	第二节 健康教育与健康促进的基本理论	116
181	一、健康教育的信息传播理论	116
181	二、健康促进的行为学原理	120
101	第三节 社区健康教育与健康促进项目	127
101	一、项目计划的设计	127
101	二、项目的实施	130
101	三、项目的评价	135
101		
	<b>第七章 社区传染病预防</b>	138
101	第一节 传染病的概述	138
	一、传染病的概念及其流行特征	138
	二、社区传染病监测	144
	第二节 传染病的社区管理	145
	一、传染病的日常性预防措施	145
	二、传染病疫情报告和针对疫情的防控措施	146
	三、社区计划免疫	147
	四、社区化学预防	151
	第三节 社区常见传染病及其预防措施	152
	一、流行性感冒	152
	二、结核病	153
	三、病毒性肝炎	155
	四、性传播疾病	157
	<b>第八章 社区慢性病预防与管理</b>	163
	第一节 慢性病概述	163

◇ 目 录 ◇

88	一、慢性病及其危险因素	163
88	二、社区慢性病的早期发现	165
89	三、社区慢性病管理	167
89	第二节 社区常见慢性病的预防	170
89	一、代谢综合征的预防	170
101	二、高血压的预防	170
101	三、糖尿病的预防	175
103	四、慢性阻塞性肺疾病的预防	179
	五、恶性肿瘤的预防	181
801		
	<b>第九章 伤害预防</b>	184
808	第一节 伤害概述	184
808	一、伤害的概念、分类及特征	184
103	二、伤害的预防原则与措施	187
816	第二节 社区常见意外伤害	188
816	一、道路交通伤害	188
150	二、跌落	190
151	三、自杀	191
157	四、意外中毒	192
130	五、溺水	194
131		
	<b>主要参考文献</b>	195
	<b>附录 中国居民膳食能量、蛋白质、脂肪、常量元素、微量元素、</b>	
138	<b>维生素推荐摄入量 (RNIs)</b>	196
138		
141		
141		
142		
142		
146		
147		
151		
152		
152		
153		
153		
153		
157		
163		
163		



## 第一节 社区与社区卫生服务概述

### 一、社区的概念

“社区”一词作为专业名词最早于1887年由德国学者汤尼斯(F. Tönnies)在《社区与社会》(Gemeinschaft und Gesellschaft)一书中提出,德文 Gemeinschaft 的原意是“共同体”,主要指传统乡村社会中,依靠血缘、感情等共同利益为纽带,具有亲密、信任、守望特点,充满情感动机的人际关系,是一种有归属感和认同感的地域共同体,或血缘共同体,或精神共同体。它是不同于“社会”(Gesellschaft)以契约法律、阶层级次为基础的人际关系。第一次世界大战后,Gemeinschaft 被美国学者译成 Community,并很快成为美国社会学的主要概念。社区的概念在翻译、引用过程中继续发展,大体有功能主义或地域主义两种观点,认为社区是由有共同目标和共同利益关系的人组成的社会团体,称功能性社区;认为社区是在一个地区内共同生活的有组织的人群,称地域性社区。燕京大学社会学系主任吴文藻教授最早把社区(communitiy)概念介绍到中国,1933年费孝通等燕京大学的学生,大胆地把“社群性”和“地域性”融合成一个中文名词——社区。费孝通认为,以全盘社会结构的格式作为研究对象,这对象必须是具体的社区,因为联系着社会的是人民的生活,人民的生活有时空的坐落,这就是社区。尽管社会学界对社区概念还各有所解,但三个基本属性已达成共识:①区域性;②成员间联系的持续性;③与社会的相互作用。

虽然上世纪30年代已引入并提出社区概念,但我国兴起社区建设是在80年代以后。1949年建国后,国家实行计划经济体制,并自上而下建立了“单位化”体系,人们从工作到居家,从生老病死到闲娱乐,无不都在各式各样的单位安排下,单位就是社区,已内化为人们生活和意识。改革开放带来了经济的繁荣和社会多元化,也带来机构改革、国企改制、民工进城等一系列单位无法解决的现实问题,社区开始表现出缓冲社会变革压力、整合人们归属感的作用。首先,社区服务逐渐由老年人、残疾人、优抚对象扩展面向全体居民的服务;随之,社区管理把城市的“单位人”回归到“社区人”、把流动人口也纳入到“社区人”。法定的社区被界定为:地域界限明显,有生活设施能够满足居民基本生活,有组织机构能够发挥作用的街道(或居委会)或农村乡镇(或行政村)。

综合社区概念的变迁和社区存在的现实,我们给社区下这样的定义:社区是由一定数量的人群组成的,具有共同的地理环境、文化背景、生活方式、利益需求,以及相同的认同感、归属感和凝聚力的群体。社区应具备五个要素:人口、地域、生活服务设施、生活方式和文化背景,以及公益制度和管理机构。1987年,初级卫生保健国际会议将社区定义为:以某种形式的社会组织或团体结合在一起的一群人。世界卫生组织(WHO)认为,一个有代表性的社区人口数在10万~30万,面积在0.5万~5万平方公里。

### 二、社区卫生服务的概念

社区卫生服务是社区事务的重要组成部分,是政府卫生服务体系的基础。社区卫生服务实践公共卫生的最基层管理,落实居民初级卫生保健的最基本享有。社区卫生服务(communitiy health services, CHS)不同于医院的专科医疗服务,它是由全科医生(general



practitioner, GP)为主的卫生组织或机构所从事的一种社区定向的服务,社区卫生服务是在政府领导、社会参与及上级卫生机构指导下,以基层卫生机构为主体、全科医师为骨干,合理使用卫生资源和适宜技术,以人的健康为中心、以家庭为单位、以社区为范围、以需求为导向,以妇女、儿童、老年人、慢性病病人、残疾人、低收入居民为重点,以解决社区主要卫生问题,满足基本医疗卫生服务需求为目的,融预防、医疗、保健、康复、健康教育和计划生育技术服务等为一体的和有效的、经济的、方便的、综合的、连续的基层卫生服务。

1994年 Starfield 提出:社区卫生服务应该是“无性别、无疾病差别地向社区人群提供连续性、综合性和协调的第一级接触的卫生服务”。社区卫生服务作为国家卫生保健体系植根于社区最基层的服务,具有以下特性:

1. 基本性服务 社区卫生服务是整个卫生保健体系的基础,为社区居民提供安全、有效、便捷、经济的公共卫生服务和基本医疗服务。社区卫生服务中心及其全科医生在社区面临的,通常是常见病和常规性诊治。所以,提供最基本的卫生服务是特性之一(表 1-1)。

表 1-1 社区卫生服务中心病人最常见的就诊原因及医生诊断构成

病人常见就诊原因	%	医生常做的诊断	%
常规体检	6.4	高血压	6.8
咽部颈部症状	5.6	常规体检	3.9
咳嗽	5.4	上呼吸道感染	3.8
高血压	4.4	支气管炎	3.1
上呼吸道感染	3.9	慢性鼻炎	2.8
背部症状	3.0	耳部炎症	2.6
耳部症状	2.5	糖尿病	2.5
喉痛	2.2	急性咽炎	2.4
头痛	2.1	健康儿童照顾	2.0
健康儿童照顾	1.9	背部损伤、扭伤	1.8
皮肤损伤	1.8	哮喘	1.7
发热	1.6	妊娠	1.5
产前照顾	1.5	专科检查	1.3
胸痛	1.5	泌尿系统疾病	1.3
宫颈涂片	1.4	流感	1.2
药物不良反应	1.3	过敏性鼻炎	1.2
		非特异性背部疾病	1.1
		非特异性呼吸道症状	1.0
		心理障碍	1.0
		风湿病	1.0

(资料来源:王光荣,龚幼龙.小康社会社区卫生服务发展策略.上海:复旦大学出版社,2006)

2. 综合性服务 不同于医院的“流水线式”服务,社区卫生服务看病,更看人。全科医生以生物-心理-社会医学模式为指导,全面地考虑和解决服务对象的个性化的健康问题,并熟悉其生活、工作等社会背景和个性类型,再提供“人性化”的卫生服务。因此,社区卫生服务的对象是多元的,不分性别、年龄和疾病类型;内容是“六位一体”的,即预防、医疗、康复、保健、健康促进及计划生育等全面介入;层面是生理、心理、社会三维的,不仅防治躯体疾苦,而且关注心理和社会的痛苦和不适;范围是涵盖社区中的所有家庭和所有个人,包括“三诊三床”服务(门诊、出诊、转诊;住院病床、家庭病床、日间观察床)。所以,社区卫生服务是“全方位”和“人性化”的综合性服务。

3. 连续性服务 社区卫生服务是从生前到死后的全过程服务,包括人生的各个阶段的服务、健康-疾病发展的各个阶段的服务、对各种健康问题的服务,以及健康责任的连续性。这种连续性服务使全科医生可以利用时间作为诊断工具,鉴别严重疾病和一般问题,同时由于其诊断和治疗能获得全程反馈,使全科医生可以谨慎地、批判地应用现代医学成果。如急性传染病(非典)防治需要连续性监视,才能有效控制传播途径、追踪传染源;如慢性传染病(结核)也需要监督不间断治疗(DOTs),才能确保痊愈、防止耐药;如慢性非传染病(高血压、糖尿病)预防和治疗需要终身监控,才能有效控制危险因素,矫正生活方式,延长健康生命。所以,无论英国的全科医生制(GP),或美国的健康维持组织(HMO)都是在固定区域内对固定居民提供责任医生的连续性服务,而医患也在连续性的服务过程中建立起相互信任、彼此认同的合作关系。

4. 协调性服务 社区卫生服务及其全科医生是卫生保健网络中的网底,向上需要掌握各级各类医疗机构和专家的信息,向下要熟悉病人、家庭和社区的健康状况和卫生资源。一旦需要,社区卫生服务机构和全科医生能调动卫生保健体系以及家庭、社区的力量,通过会诊、转诊等措施,协调专科医生、病人、家庭和社区等方面相互配合,共同解决病人的健康问题或医疗方案,保证治疗的正确、有效和质量。社区卫生服务还要协调医疗与预防的协作与分工,善于以“医疗为切入口,加强预防保健”的渐进式方针,推进社区预防和健康教育。

5. 可及性服务 社区卫生服务的可及性是指能够获得所需服务的能力。健康作为生存的基本权利,居民公共卫生服务和基本医疗服务的可及性是社会公平的标志,发展社区卫生服务的一个重要目的就是为公共卫生覆盖社区,基本医疗普及全民,其中包括:①预防服务的可及性,全社区人群通过计划免疫、妇幼保健、健康教育等措施降低相关疾病的发病率、死亡率。②健康筛查和疾病监测的可及性,如肿瘤的早期发现、高血压的监控和结核病 DOTs 治疗等,能大大提高社区卫生服务的效果和效率。③基本诊疗服务的可及性,体现在地理上的接近、使用上的方便、关系上的亲切、心理上的信任、病情上的熟悉、结果上的有效等。WHO 倡导 80% 基本医疗在社区解决。如上海居民在 3 公里半径和 15 分钟步行时间内,可以找到社区卫生服务机构;每 3000 居民拥有 1 名全科医生和 0.5 名社区护士;开通社区卫生服务热线,24 小时随时提供上门服务。④信息的可及性,全科医生熟悉自己的病人,了解社区的优势和缺陷,居民也熟悉和信任自己的医生,并乐意提供疾病及其他背景信息,这种以互信为基础的健康与疾病信息可及性,最大限度地为正确、有效诊疗提供了保障。⑤经济负担的可及性,在医疗保障覆盖率和分担程度高低人群间、在高收入人群和

低收入人群中社区卫生服务的可及性存在明显差异。同时,扩大社区门诊服务或家庭医疗服务会带来住院服务的降低和增加低收入人群和无医疗保障人群的卫生服务利用。

### 三、社区卫生服务的内容

社区卫生服务机构提供公共卫生服务和基本医疗服务,开展健康教育、预防、保健、康复、计划生育技术服务和一般常见病、多发病的诊疗服务。

1. 社区健康教育与健康促进 健康教育是通过有组织、有计划、有系统的教育活动,提高人们的健康知识和自我保健能力,自觉采纳有益于健康的行为生活方式,消除或减轻影响健康的危害因素,预防疾病,促进健康,提高生命质量。健康教育既是公民素质教育的重要内容,也是初级卫生保健的重要任务之一。健康促进是指促进人们控制和改善自身健康能力的过程,增进人们与自然和社会环境之间的协调,平衡个体对健康的选择与社会责任之间的关系。健康促进包括健康教育和其他能促使行为和环境向有益于健康改变的完整系统,不仅需要个体行为改变,还要求政府行为和社会支持,促发个人、家庭和社会的健康潜力。

2. 社区预防 从广义讲,健康教育、保健是最基本的病因预防,基本医疗、计划生育包含了病前预防,而康复是已经发病的临床预防,所以预防在社区卫生服务中无所不在;从狭义讲,社区预防主要指具体的传染病预防控制、慢性非传染疾病管理、营养与食品卫生、环境与职业卫生、学校卫生、精神病防治等公共卫生和疾病防控。

3. 社区康复 社区康复是指患者(或残疾者)在临床治疗后,回到社区继续接受医疗保健服务,使患者在社区或家庭环境通过康复训练,加快恢复生理功能,解除心理障碍;使残疾者能更多地获得生活和劳动能力,重新有尊严地平等享受社会权利和义务。社区康复体现了临床医疗和预防保健结合,综合性、连续性、协调性的健康功能恢复和角色重建服务。

4. 社区保健 社区保健的重点是脆弱人群,包括婴幼儿保健、妇女保健、老年人保健、残疾人保健等,此外,精神卫生保健也逐渐成为社区保健的一个重要内容。

5. 社区计划生育服务 社区计划生育服务工作是落实基本国策的落脚点,在育龄妇女系统管理、计划生育宣传教育、晚婚晚育、优生优育、生殖健康等政策、技术、措施都是通过社区卫生服务相关人员提供和指导。

6. 社区医疗 社区医疗以门诊、出诊、家庭病床等为主要医疗服务形式,为社区居民提供一般常见病、多发病的诊疗,贯彻预防为主,使用适宜技术,控制医疗费用。并根据需要,协调转诊和会诊等服务接续工作。在发达国家和我国部分城市,还开展善终医疗(也称安宁医疗)服务,减轻病人的痛苦和家属的辛苦。在基本医疗服务之外,社区卫生服务中心及其全科医生,还需要为社区全体居民(或社区卫生服务注册居民)建立和更新个人健康档案。

### 第二节 社区预防概述

社区预防是社区卫生服务的重要组成部分。随着疾病谱的转变和医学模式的演变,



卫生服务的模式从以疾病为中心转变为以健康和人的发展为中心,卫生干预的重点也从疾病的本身转移到导致疾病的各种危险因素上。社区预防根据三级预防策略,预防和控制各种健康危险因素,保护和促进社区人群健康。因此,“预防为主”不仅是贯彻国家的卫生工作方针,而且是提高卫生服务效率、减低医疗费用的重要途径。

## 一、社区预防的基本内容

### 1. 传染病预防与控制

(1) 疫情防控:社区作为国家卫生服务网络和疾病控制网络的网底,在疫病突发情况下,第一时间报告疫情(或疑似病例)是社区防止扩散,有效控制蔓延的最主要任务。同时协助疾病预防与控制中心进行病例的个案调查、访视和管理;疫点处理和管理;突发疫情和原因不明性疾病暴发的调查和处理工作等。在平时,社区公卫医生和全科医生要开展社区预防和控制传染病宣传教育;重点传染病监测,包括病例监测和病原学监测,协助开展流行病学调查;传染病病例报告、核实和统计;社区内医疗机构及居民的漏报调查等。

(2) 免疫接种:计划免疫工作是社区卫生服务中常规性预防任务,工作技术要求高、责任性强。专项计划免疫,需要及时掌握免疫服务对象,建立预防接种证、卡、疫苗和冷链的程序化管理,确保接种安全有效。日常计划免疫的管理,要开展免疫接种率调查,计划免疫资料管理;免疫预防相关疾病的发现、监测和报告;预防接种反应与事故的发现、登记、报告与处理;协助上级疾病预防与控制中心(CDC)开展人群免疫状况、疫苗效果评价工作等。

(3) 环境消杀:社区卫生服务中心及其全科医生要承担社区或家庭的消杀工作。杀灭或清除传染源排除到外环境中尚存活的病原体,切断传播途径,防止传染病在社区内发生与流行。消杀是消毒、杀虫两种方法的统称。消毒对肠道传染病最有效,对呼吸道传染病作用有限;杀虫对虫媒传染病最有效。消杀分预防性消杀和疫源地消杀,前者是社区卫生服务任务,后者一般由 CDC 专业人员承担或社区公卫医生在 CDC 指导下进行。

2. 慢性非传染疾病管理 慢性病是长期的、不能自愈、也几乎不能治愈的疾病。慢性病的社区预防是通过危险因素干预和慢性病社区管理降低发病率、致残率、死亡率和医疗花费。

社区预防通过建立家庭健康档案,慢性病高危人群筛查等手段,针对健康、亚健康人群的吸烟、酗酒、不平衡饮食、缺乏锻炼、心理压力等危险因素健康教育和健康促进,预防慢性病的发生。社区预防还通过对慢性病病人管理,进行肿瘤、高血压、糖尿病等常见慢性病患者的病情监控,改善预后状况及生命质量,降低医疗负担。

3. 营养与食品卫生 “病从口入”和“吃出健康”是一枚硬币的两个面。社区预防不仅要教育居民健康营养,而且要关注食品卫生。社区卫生服务机构和全科医生需关注居民食品安全,预防食物中毒事件发生或配合食物中毒的调查;指导居民平衡膳食、纠正导致营养不良的原因和习惯;还要给予高血压病人、糖尿病病人、老年人等特殊人群针对性的营养饮食指导等。

4. 环境与职业卫生 生活或工作环境是社区基本要素之一,关注并消除特定地域环境中的自然危险因素或工作、居住社会环境中人为危害因素,是社区不同的预防特色所在。在无自来水供应的落后地区,社区公卫医生要承担土井消毒监测和管理;在家庭环境



全科医生要关注室内污染,指导居民预防厨房油烟、家庭装潢和被动吸烟等危害;在生产企业环境,全科医生要关注意外伤害、化学污染、粉尘作业等职业卫生影响,开展监测采样、职业健康档案和职业病防治服务等。

5. 其他预防工作 社区预防是贯穿健康与疾病全过程,涵盖男女老少全人群的卫生服务,除上述主要任务外,还要承担精神病防治,意外伤害预防与控制,妇女、儿童、老年人、流动人口等特殊人群预防保健等。

## 二、社区预防的基本原则

1. 以健康为中心 社区预防坚持以人为本,以人的健康为中心,而不是以病人为中心,更不是以疾病为中心。卫生服务的重点从治疗疾病转移到预防和控制导致疾病的各种危险因素。全科医生深入社区和家庭,从环境、行为生活方式、卫生服务和生物遗传等方面实施社区预防的具体措施,从而预防疾病和促进健康。

2. 以人群为对象 社区预防维护社区内的所有人群的健康,包括健康人群、亚健康人群、高危人群、重点保健人群和病人。通过改善社区环境和居住条件,消除不安全因素、干预不健康的行为生活方式,达到群体预防、全员健康的目的。同时,全科医生也运用个体健康咨询、临床预防服务等手段,对个体进行预防干预和健康促进。

3. 以家庭为单位 家庭是社区结构的基本单元。一个家庭内的每个成员之间有密切的血缘、情感和经济关系,以及相似的居住环境、行为生活方式、卫生习惯等,因此,在健康问题上存在着相同的危险因素,家庭健康促进和危险干预是社区预防最具效用的方法。而家庭生活周期的不同阶段存在不同的生活事件和身心压力,可能引起家庭成员相应的健康问题,进行家庭周期性健康检查和健康咨询是社区预防最具针对性的服务。此外,因家庭成员的间接影响与直接监督,为提高预防干预效果和增强治疗顺应性创造条件。

4. 以社区为基础 社区预防基础在社区。以社区内人群的卫生需求为导向,充分利用社区资源,为社区居民提供服务;以社区为导向,将个体健康和群体的健康紧密结合、相互促进。全科医生既要利用对社区背景的熟悉去把握个体病人的相关问题,又要对个体病人所反映出来的群体问题有足够的敏感性。

5. 以综合性为特点 社区预防的策略与措施应是综合性的,是个体、家庭和社区的三维预防。既可以个体为对象,也可以社区、家庭为单位;既可针对高危人群,也可面向全人群;既可单项预防措施为主,也可多项预防措施并重。实现从被动转向主动预防,从单纯转向防治结合,从生物模式扩大到生理、心理、社会的全面预防。

## 三、社区预防的三级策略

1. 一级预防 一级预防(primary prevention)又称为病因预防,是预防疾病或伤害的发生,提高健康水平。这是针对病因采取的预防策略,是预防、控制和消灭疾病的根本措施。在疾病自然史中,处于接触危险因素或致病因素阶段,并无任何临床表现。因此,一级预防的目的是消除疾病的危险因素,预防疾病的发生和促进健康。

一级预防通常采取双管齐下的策略,即把对整个人群的普遍预防和对高危人群的重点预防结合起来。前者旨在降低整个人群暴露于危险因素的平均水平;后者旨在消除高危个体的特殊暴露,突出高危人群的预防有利于提高一级预防的效率。一级预防的主要